Gesunde Nähe

BKK KM direkt

# Mitgliedserklärung

Bitte zurücksenden an:

**BKK KM direkt**
**Postfach 21 05 54**

**47027 Duisburg**

Ich möchte zum ☐ Mitglied der **BKK KM direkt** werden.

☐ West
☐ Ost

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort: ☎

Geburtsname: E-Mail

männlich ☐ weiblich ☐ Nicht verheiratet ☐ Verheiratet ☐

Rentenversicherungs-Nr: (bitte unbedingt angeben) Geburtsdatum:

Geburtsort: Staatsangehörigkeit:

Ist einer Ihrer Familienangehörigen bereits bei der BKK KM direkt versichert? ja* ☐ nein ☐

*Bitte nennen Sie den Ort der Betreuungsstelle beziehungsweise des Callcenters:

## Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Name des Arbeitgebers:

Anschrift:

Telefon-Nr.: Telefax-Nr.

Beschäftigungsort: (falls abweichend von Anschrift des E-Mail

Rechtskreis West ☐ Rechtskreis Ost ☐

Angestellte(r) ☐ Arbeiter(in ☐

Mein Einkommen übersteigt die monatliche/ jährliche Beitragsbemessungsgrenze? ☐ ja ☐ nein

Ich stehe in einem weiterem Beschäftigungsverhältnis? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers angeben

## Zusatzangaben bei Auszubildenden:

Ausbildungsbeginn: _____ Voraussichtliches Ende: _____

## Angaben zum derzeitigen Krankenversicherungsschutz:

Name und Sitz der Krankenkasse: _____

Selbst versichert bis _____

Familienversichert bis zum _____

Falls Familienversicherung, versichert durch _____

**Bitte Kopie der Kündigungsbestätigung Ihrer derzeitigen Krankenversicherung beifügen.**

Ich habe eine Rente beantragt ☐ ja ☐ nein

Ich beziehe eine Rente (z. B. Unfallrente, Witwen/r-Rente) ☐ ja ☐ nein

***Bitte letzte Rentenanpassungsmitteilung in Kopie beifügen.**

## Für Behinderte und Beschädigte:

Ist Ihre Behinderung oder Beschädigung durch das Versorgungsamt anerkannt worden? ☐ ja ☐ nein

***Bitte Kopie des Anerkennungsbescheides vom Versorgungsamt beifügen.**
Die Daten sind zur Prüfung der Zuständigkeit bei Leistungsbewilligung notwendig.

## Sollen Familienangehörige beitragsfrei mitversichert werden?

☐ Ja* ☐ Nein

***Zur Prüfung der Familienversicherung erhalten Sie einen separaten Fragebogen.**

## Bankverbindung:

Sie helfen uns, Rückfragen wegen Erstattungen zu vermeiden, wenn Sie uns bereits jetzt Ihre Bankverbindung mitteilen.

Geldinstitut: _____ Bankleitzahl: _____ Kontonummer: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift